

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE MEDICINA

86 d.c.

ÚLCERA DUODENAL
ASPECTOS CIRÚRGICOS

Artur Ricardo Wendhausen

Rafael José Silveira

FLORIANÓPOLIS - SC

1989

SUMARIO

RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	6
CASUÍSTICAS E MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO.....	19
ABSTRACT.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27
AGRADECIMENTOS.....	33

1-RESUMO

Foram estudados 82 pacientes com úlcera péptica duodenal submetidos à primeira intervenção cirúrgica para tratamento da doença ulcerosa no Hospital Universitário no período de março de 1983 à fevereiro de 1989.

O sexo masculino foi o mais acometido com 85,33% dos casos e a idade de maior incidência foi de 20 a 40 anos.

A intratabilidade clínica e a perfuração foram as indicações cirúrgicas de maior ocorrência com 56,09% e 34,16% dos casos respectivamente.

Foram incluídas neste trabalho 3 casos de úlceras pré-pilóricas.

A vagotomia supersseletiva foi a técnica cirúrgica mais realizada na indicação por intratabilidade clínica com 67,39% dos casos. Entre os 28 pacientes submetidos à cirurgia devido a perfuração, 16 (57,14%) realizaram procedimento cirúrgico visando a cura definitiva da doença ulcerosa, sendo a vagotomia supersseletiva a mais realizada. A baixa incidência de casos de hemorragia e estenose na amostra, não tornou possível a observação da técnica cirúrgica mais utilizada nestas complicações.

A fundogastroplicatura à Lind foi realizada em 24 casos (29,26%) como procedimento cirúrgico associado ao tratamento da úlcera duodenal.

As complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 13,43% dos casos, sendo a infecção de parede a mais frequente como complicação de ordem local com 3,65% e a infecção

respiratória a mais encontrada de ordem geral com 4,87%.

O tempo médio de internação no pós-operatório foi de 7,59 dias.

A mortalidade na casuística foi nula.

II-INTRODUÇÃO

A úlcera péptica é uma doença de etiologia desconhecida, de evolução em geral crônica, com surtos de ativação e períodos de acalmia, resultante da perda circunscrita de tecido, que ocorre nas regiões do trato digestivo que entram em contato com a secreção cloridro-péptica do estômago [9].

A doença ulcerosa possui uma alta taxa de morbidade, porém baixa de mortalidade. Acredita-se que 1/4 dos homens e 1/6 das mulheres desenvolvem a úlcera péptica em algum período de sua vida. Contudo, apenas 5 a 10% desenvolvem sintomatologia [9,22].

Trata-se de uma afecção que pode ocorrer em todas as idades, porém possui incidência maior entre 55 a 64 anos. O sexo masculino é acometido em cerca de 85% das vezes [9].

Não obstante reconhecer-se a complexidade e a participação de múltiplos fatores na etiopatogenia da úlcera péptica, esta resulta de um desequilíbrio entre os fatores que protegem e os que agredem a mucosa gastroduodenal e que propicia o aparecimento de uma lesão com características clínicas tão peculiares.

A úlcera péptica pode apresentar-se sob diferentes formas clínicas. A mais comum delas é caracterizada por uma evolução cíclica, com manifestações dispépticas rítmicas e periódicas, com

duração de meses ou anos. Contudo, pode se apresentar com sintomatologia inicial decorrente de uma de suas complicações.

A terapêutica anti-ulcerosa ainda hoje é assunto bastante controverso. Como a úlcera péptica é uma afecção de etiologia desconhecida, de origem heterogênea, não existe terapêutica curativa para a doença. Medidas gerais, como restrições dietéticas, passam a merecer críticas mais comuns, a ponto de serem praticamente abandonadas por muitos clínicos.

Dentre as opções medicamentosas, os alcalinos, indubitavelmente, constituem o mais popular de todos os medicamentos utilizados para combater os "males do estômago". Esta popularidade data de muitos séculos, pois, já no século I de nossa era, Plinius utilizava pó de coral para o tratamento dos distúrbios dispépticos. Sipps, no entanto, foi quem determinou os critérios para as bases do tratamento da úlcera péptica a ser utilizado nas décadas futuras. Este autor, partindo da teoria proposta por Abercrombie, em 1845, de ser a úlcera de natureza ácido-péptica, preconizou a administração horária de antiácidos [17,54].

Assim, os recursos medicamentosos ganharam projeção singular, particularmente após a introdução de conhecimentos sobre a participação dos receptores H₂ e seus bloqueadores na atividade das células parietais da mucosa gástrica [9,22,42].

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento das "doenças do estômago", se faz presente a muito tempo. Mas, foi a partir de 1881 com Billroth, que surgiram as primeiras cirurgias para úlcera péptica de maneira efetiva. Em 1922, Latarjet empregou

vagotomia para tratamento da úlcera duodenal. Em vista da estase resultante sugeriu associação de gastrojejunoestomia à vagotomia. Esta não se difundiu até 1943, quando Dragsted a utilizou, inicialmente isolada e, depois, associada a gastrojejunoestomia. No intuito de diminuir a morbidade da vagotomia troncular, Jackson e Frankson estabeleceram o conceito de vagotomia seletiva, para posteriormente Griffith e Harkins (1957), em estudo experimental, lançarem as bases do novo procedimento cirúrgico [7,10,21,30,41,48].

No ano de 1952, FARMER e SMITWICH reintroduziram a vagotomia troncular associada à hemigastrectomia, por ser a única capaz de eliminar duas das três fases da secreção gástrica (a fase cefálica e a fase antral), sendo o método mais eficaz na redução dos níveis de acidez gástrica [7,9,25].

Em 1970, JOHNSTON e WILKINSON, na Inglaterra, e ANDRUP e JENSEN, na Dinamarca, apresentaram seus resultados preliminares com a vagotomia gástrica proximal sem drenagem no tratamento da úlcera duodenal, conservando o mecanismo motor antropilórico e minimizando as sequelas funcionais [4,7,9].

Durante todos estes anos até o momento atual, surgiram inúmeras técnicas operatórias com o objetivo de curar a lesão, com os menores índices de morbidade e mortalidade, diminuição das alterações sobre o restante do aparelho digestivo e facilidade do ponto de vista técnico.

Apesar disso, a úlcera péptica ainda não teve seu tratamento cirúrgico estabelecido definitivamente com a concordância dos cirurgiões sobre a operação ideal a ser indicada, embora os

requisitos dessa operação já tenham sido formulados. Para isso, a compreensão da fisiopatologia gástrica se faz de maneira fundamental a caminho de cirurgias mais conservadoras e fisiológicas.

A indicação cirúrgica na úlcera péptica é bem estabelecida na literatura. A sua realização é indicada para os casos refratários ao tratamento medicamentoso, as complicações, úlceras pós-operatórias e as de causa endócrina [9,22,50].

O objetivo do presente trabalho é mostrar a incidência da úlcera péptica de tratamento cirúrgico dos pacientes que frequentam os serviços de assistência médica ambulatorial e de emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Será feito uma análise das diversas técnicas utilizadas, bem como as complicações pós-operatórias imediatas.

III- CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal onde foram analisados 82 prontuários de pacientes internados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período compreendido entre março de 1983 a fevereiro de 1989, que foram submetidos à primeira intervenção cirúrgica para tratamento da úlcera duodenal.

Para fins de análise das indicações cirúrgicas da úlcera duodenal, consideramos as quatro fundamentais referidas na literatura, ou seja: intratabilidade clínica, perfuração, hemorragia e estenose.

Definimos como intratabilidade clínica os casos refratário ao tratamento medicamentoso clássico, seja por ineficácia do mesmo ou a sua não realização.

Considerando a classificação de Johnson para úlcera gástrica, os tipos II e III por apresentarem mecanismo fisiopatológico e tratamento cirúrgico semelhante à úlcera duodenal, foram incluídas no presente trabalho [28].

O diagnóstico da lesão ulcerosa foi determinado através de estudos de seriografia esofagogastroduodenal e/ou endoscopia digestiva alta.

Para estudo da frequência e do tipo de técnica empregada, utilizamo-nos das descrições dos relatórios de cirurgia.

Na análise das complicações pós-operatórias imediatas foram consideradas todas as intercorrências clínicas ou cirúrgicas na evolução intrahospitalar do paciente.

Os dados foram agrupados e tratados dentro da metodologia estatística com apresentação de gráficos, tabelas, medidas de tendência central e dispersão em busca da significância.

IV-RESULTADOS

Foram estudados 82 pacientes portadores de úlcera duodenal, sendo 70 (85,33%) do sexo masculino e 12 (14,64%) do sexo feminino.

A idade média encontrada situou-se em 39,25 anos (DP=16,51), tendo como limite inferior 15 anos e superior 78 anos, sendo que a incidência foi maior entre 20 e 40 anos (Tab.1).

Tab.1- Distribuição segundo a idade.

Idade	No.	%
15-20	4	4,87
20-25	8	9,75
25-30	17	20,73
30-35	13	15,85
35-40	7	8,53
40-45	4	4,87
45-50	6	7,31
50-55	7	8,53
55-60	7	8,53
60-65	-	-
65-70	4	4,87
70-75	4	4,87
75-80	1	1,22
TOTAL	82	100,00

Na análise das indicações cirúrgicas para tratamento da úlcera duodenal, observamos que a intratabilidade clínica apresentou diferença estatística significativa em relação aos demais, com percentual de 56,09% (Tab.2).

Tab.2- Distribuição segundo indicação cirúrgica.

Indicação Cirúrg.	No.	%
Intrat. Clin.	46	56,09
Perfuração	28	34,16
Hemorragia	3	3,66
Estenose	5	6,09
TOTAL	82	100,00

Na amostra foram encontrados 79 casos de úlcera duodenal e 3 de úlcera pré-pilórica sendo que, em 1 desses casos, observamos associação com úlcera duodenal.

Das técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento da úlcera duodenal devido a intratabilidade clínica, notamos que a vagotomia superseletiva foi empregada em 31 casos (67,39%), enquanto a vagotomia troncular associada à técnicas de drenagem com ou sem ressecção gástrica totalizam os demais casos (32,61%) (Tab.3).

Tab.3- Distribuição das técnicas cirúrgicas para
 (intratabilidade clínica.)

Técnica Cirúrgica	No.	%	
VSS	31	67,39	
VT + Jaboulay	*6 ?	13,04	
VT + antrec. BI	2	4,34	
VT + antrec. BII	3	6,53	
VT + gastrec. BI	2	4,34	
VT + gastrec. BII	1	2,18	
VT + piloroplastia	1	2,18	
TOTAL	46	100,00	

* úlcera pré-pilórica

No estudo das técnicas cirúrgicas para tratamento da úlcera duodenal perfurativa, observamos que a rafia da úlcera associada ou não a vagotomia supersseletiva, constituiu-se no método mais utilizado com 82,14% dos casos (Tab.4).

Tab.4- Distribuição das técnicas cirúrgicas para perfuração.

Técnica Cirúrgica	No.	%
Rafia simples	*12	42,86
Rafia + VSS	11	39,28
VT + gastrec BI	1	3,57
VT + gastrec BII	2	7,15
VT + pilorectomia	1	3,57
VSS	1	3,57
TOTAL	28	100,00

* úlcera pré-pilórica + duodenal

A semelhança das úlceras duodenais que tiveram indicação cirúrgica devido a intratabilidade clínica, a vagotomia superseletiva também foi o método mais empregado nos casos de hemorragia, porém em função da pequena amostra não pode ser devidamente avaliada (Tab.5).

Tab.5- Distribuição das técnicas cirúrgicas para hemorragia.

Técnica Cirúrgica	No.	%
VSS	2	66,67
VT + duodenoplastia	1	33,33
TOTAL	3	100,00

Apesar da baixa ocorrência de úlcera duodenal estenosante na casuística, verificamos que as técnicas cirúrgicas com o intuito de restabelecer o livre trânsito gastrointestinal apresentaram uma diversificação considerável (Tab.6).

Tab.6- Distribuição das técnicas cirúrgicas para estenose.

Técnica Cirúrgica	No.	%
VT + gastroentero	2	40,00
VSS + Jaboulay	1	20,00
VSS + duodenoplastia	1	20,00
VS + antrec BII	*1	20,00
TOTAL	5	100,00

* úlcera pré-pilórica

A fundogastroplicatura à Lind foi associado as cirurgias em 24 casos (29,26%), sendo mais frequente nos casos de intratabilidade clínica.

Na análise da casuística encontramos 6 úlceras duodenais terebrantes, sendo 4 para pâncreas, 1 para vesícula biliar e 1 para epíplom.

A apendicectomia de oportunidade foi realizada em 1 paciente portador de úlcera duodenal perfurada. A colelitíase esteve associada em 1 caso, procedendo-se então a colecistectomia.

Entre os acidentes cirúrgicos encontrados nos relatórios de cirurgia, obtivemos 1 caso de lesão do baço com subsequente esplenectomia e 1 caso de hematoma de pequena curvatura por desgarradura do feixe vasculo-nervoso. E dentre os achados cirúrgicos encontramos 1 caso de situs inversus parcialis com aderências intestinais e 1 caso de peritonite por bário.

A incidência total de complicações pós-operatórias imediatas situou-se em 13,41% dos casos. As complicações foram classificadas em dois grupos: gerais e locais. Ocorrem 5 complicações de ordem geral, sendo a infecção respiratória a mais frequente com 4 casos (4,87%). Dentre as complicações locais, a infecção de parede foi a mais frequente com 3 casos (3,65%) (Tab.7 e 8).

Tab. 7- Complicações de ordem geral

Complicações	No.	%
Infec. resp.	4	4,87
Derrame pleural	*1	1,21
TOTAL	5	6,08

* úlcera pré-pilórica

Tab. 8- Complicações de ordem local

Complicações	No.	%
Infec. parede	3	3,65
HDA	1	1,21
Hematoma incis.	1	1,21
Ileo paralítico	1	1,21
TOTAL	6	7,28

O tempo médio de internação pós-operatória foi de 7,59 dias (DP=2,77), sendo que o tempo mínimo foi de 1 dia e o máximo de 18 dias.

A mortalidade na casuística foi nula.

V-DISCUSSÃO

A úlcera péptica duodenal acomete todas as idades, predominando entre a 5 e a 7 décadas de vida [9,22]. Os casos de úlcera péptica duodenal de tratamento cirúrgico relatados na literatura [50,48,37,14] demonstram similaridade com os nossos achados, onde a maior incidência ocorreu entre 20 e 40 anos com 49 casos (59,75%).

A literatura é unânime em afirmar que a doença ulcerosa tem uma incidência predominante no sexo masculino [9,22,41,50,48,37]. Em nosso trabalho, a incidência neste sexo foi de 70 casos (85,33%). No entanto, as admissões para úlcera duodenal tem declinado nitidamente para homens e aumentado para mulheres. Em 1981 a prevalência da úlcera duodenal em homens e mulheres era igual, eliminando assim uma predominância masculina de longa duração [42].

As indicações cirúrgicas para o tratamento da úlcera duodenal são: intratabilidade clínica, perfuração, hemorragia e estenose.

A maioria dos pacientes responde prontamente à terapia conservadora durante os períodos de atividade da doença. No entanto, acredita-se que 15 a 30% dos pacientes portadores de úlcera duodenal apresentam quadro clínico de persistência ou recidiva de sintomas mal tolerados pelo doente, apesar da aplicação correta do tratamento clínico [9].

O tratamento cirúrgico é uma alternativa nestes pacientes passível de recidiva que apresenta uma morbidez cumulativa

importante acompanhada de perda econômica e períodos de ausência de hábitos de vida [22].

O tratamento cirúrgico da úlcera duodenal que tem como substrato, no mais das vezes, a indicação social caracterizada pela incapacidade ou falta de condições psíquicas, culturais, sociais e econômicas é desaconselhável pela maioria dos autores, pois resultaria em um número elevado de cirurgias desnecessárias, não resolvendo o problema do doente e, não raro, o pioram [9,27].

Em nossa amostra, a indicação cirúrgica por intratabilidade clínica foi a mais frequente com 46 casos (56,09%), apresentando diferença estatística significativa quando comparada as outras indicações.

A úlcera péptica perfurada em peritônio livre é responsável por 5 a 8% das emergências abdominais que requerem laparotomia de urgência [9]. Incide em cerca de 10% dos pacientes ulcerosos [9,22,48]. A perfuração em nossa amostra apresentou uma incidência significativa com 28 casos (34,16%).

A hemorragia ocorre em cerca de 15 a 20% dos pacientes ulcerosos, sendo duas a três vezes mais comum que a perfuração e a obstrução [9,22,48]. No entanto, na maioria das vezes o sangramento é tão discreto que, não produzindo sintomas, passa quase sempre despercebido. As indicações para operação incluem: (1) hemorragia maciça que pode terminar em choque, (2) sangramento prolongado com perda superior a 6 unidades de sangue, (3) recidiva da hemorragia durante uma sequência de terapia clínica e (4) hospitalização repetida por hemorragia. A hemorragia constitui atualmente a principal causa de morte associada à doença

ulcerosa, ocorrendo em cerca de 10% dos casos [42]. Em nosso estudo, a hemorragia como indicação cirúrgica ocorreu em 3,66% dos casos.

Entende-se por obstrução pilórica a resistência oferecida pela região antro-piloro-duodenal ao livre trânsito gastroduodenal, decorrente de estenose causada pela retração cicatricial, comumente associada a edema e espasmo da região [9,22,24,53]. Esta complicação é menos frequente que a perfuração e a hemorragia, com uma incidência em torno de 5% [9,22,48]. De acordo com várias publicações, a incidência da obstrução como uma indicação para a cirurgia varia de 11 a 30%, dependendo do tipo de paciente e da incidência de operações eletivas versus emergências [24]. Em nossa casuística, esta indicação foi a terceira causa mais frequente de tratamento cirúrgico da úlcera duodenal, com 6,09% dos casos.

Desde a introdução da cirurgia como opção terapêutica no tratamento da úlcera duodenal, inúmeras técnicas cirúrgicas surgiram visando encontrar cada vez mais a operação ideal. A pesquisa cirúrgica fundamentou-se para o desenvolvimento de técnicas que associassem concomitantemente a cura da doença ulcerosa, baixos índices de morbidade e mortalidade, a menor altaeração sobre a fisiologia digestiva e que fossem tecnicamente simples. A técnica cirúrgica mais adequada depende inicial e fundamentalmente do maior conhecimento possível do mecanismo fisiopatológico da doença ulcerosa.

O médico cirurgião antes de optar por qual técnica empregar, deve sim, selecionar adequadamente seu paciente para que possa

ver sucedido de êxito. Para tal, a correta observação da indicação cirúrgica é de fundamental importância. Outros aspectos como idade do paciente, perfil psicológico do paciente, magnitude da sintomatologia, condições locais e gerais do paciente no momento do ato cirúrgico, etc., assumem também relevância na escolha da técnica cirúrgica [47].

Analisando diversos trabalhos sobre tratamento cirúrgico nos casos de intratabilidade clínica, observamos uma nítida preferência pela vagotomia supraseletiva como a primeira opção [2,3,4,11,15,40,41,43,47,52]. A principal vantagem da vagotomia supraseletiva é a ausência relativa de sequelas pós-operatórias desagráveis, por conservar intacto o esfíncter pilórico e a inervação antral, não interferindo portanto com a função motora. Não propicia o aparecimento de refluxo de bile para o estômago, evitando assim a gastrite alcalina de refluxo pós-operatória, além de evitar os fenômenos relacionados ao esvaziamento rápido do estômago (diarréia, síndrome de dumping), preserva também a capacidade reservatória do estômago afastando o risco da tendência à perda de peso mais frequentemente observado no ressecado gástrico [2, 3, 4, 8, 12, 16, 18, 19, 22, 29, 31, 32, 44, 41, 43, 48, 49]. Os índices de recidiva ulcerosa nesta técnica variam amplamente na literatura situando-se entre aproximadamente 3 a 15%. Estes achados muitas vezes são justificados pela não seleção adequado do paciente e, principalmente pela não realização correta da técnica [1,2,4,5,13,23,47,30]. A vagotomia troncular associada à cirurgia de drenagem também constitui em uma importante opção terapêutica

para o tratamento da úlcera duodenal. A principal razão para o uso desta técnica é devido a menor taxa de recidiva ulcerosa, quando comparada à vagotomia superseletiva [6,26,46], principalmente na realização da vagotomia troncular associada com essecção antral, por ser a única a eliminar duas das três fases da secreção gástrica (a fase cefálica e a fase antral) [6,25]. Ossoos achados mostram uma taxa de realização de vagotomia superseletiva de 67,29%, demonstrando então, a preferência dos cirurgiões do serviço estudado.

O tratamento da úlcera duodenal perfurada constitui-se, na maioria das vezes, numa situação emergencial. Durante o ato operatório da correção da perfuração, uma dúvida normalmente ocorre: tratar ou não definitivamente a doença em questão. Em resposta a esta questão, algumas considerações devem ser feitas como: (1)existir evidência anamnética ou anatômica de doença ulcerosa crônica, (2)que o estado do paciente seja compatível com prolongamento da operação, (3)que não exista sépsis abdominal grave, (4)que a mortalidade do procedimento seja virtualmente nula, (5)que o procedimento proporcione excelente proteção contra ulceração recidivante e (6)que os efeitos colaterais gástricos indesejáveis sejam mínimos [2,3,44,53]. Uma vez observado a presença dos critérios acima mencionados, muitos serviços reconhecem a realização de cirurgia definitiva para o tratamento da doença ulcerosa. Também nesta situação, a vagotomia superseletiva é a técnica de escolha, seguido de vagotomia troncular com piloroplastia [2,3,12,33,35,38,37,39,45,51]. Após a correção da perfuração, a cirurgia definitiva foi

realizada em 53,57% dos casos, sendo a vagotomia supersseletiva a mais frequente com 39,28%. Desconhecemos a razão pela qual em 1 paciente foi realizado apenas a vagotomia supersseletiva.

A hemorragia é uma complicação ^{nigúncia?} muito séria cuja importância não deve ser minimizada. O controle clínico da hemorragia é obtido em 75% dos pacientes, sendo os restantes submetidos ao ato cirúrgico [53]. A abordagem cirúrgica da úlcera duodenal sangrante dependerá se se trata de sangramento ativo ou de repetição. No primeiro caso torna-se óbvio a abordagem ao ponto sangrante, sendo as cirurgias definitivas mais difundidas a vagotomia troncular com piloroplastia [3,10] ou vagotomia troncular com antrectomia [53]. Nos casos de sangramento de repetição por se tratar de cirurgia eletiva, o cirurgião tem a oportunidade de usar a técnica de sua preferência. Em nossa amostra, encontramos 3 casos de úlcera duodenal sangrante sendo realizado em todos cirurgia eletiva.

Uma vez restabelecido o tônus gástrico e recuperado o paciente dos desvios metabólicos impostos pela doença, a operação empreendida para obstrução deve tanto aliviar a diátese ulcerosa quanto tratar a obstrução gástrica. Obtivemos em nosso estudo apenas 5 casos que apresentaram úlcera duodenal estenosante, contudo podemos observar a variedade de técnicas realizadas, sendo em todas procedido a vagotomia. A literatura apresenta como principais opções terapêuticas a vagotomia troncular associada com piloroplastia ou gastroenteroanastomose ou antrectomia, tendo como principal fator na escolha a extensão do processo fibrótico ao nível do duodeno [2,21,24,27,36,47].

Todo paciente submetido a um procedimento cirúrgico, devido às alterações que este impõem sobre a economia do organismo, apresenta um potencial de desenvolver complicações pós-operatórias. Dentre as complicações, as mais comuns são os processos infecciosos com maior ocorrência na ferida operatória, o trato respiratório e urinário. Em nosso estudo, as complicações infecciosas foram as de maior relevância, com 3,65% (3 casos) de infecção de parede e 4,87% (4 casos) de infecção respiratória.

I- ABSTRACT

Eighty two patients with duodenal peptic ulcer were observed after their first surgery to treat their ulcer illness at the University Hospital, from march 1983 to february 1989.

85,33% of the cases were on mail, with a big incidence between the ages of 20 to 40 years old.

Most surgery indication were in clinical untreatment, with 6,09% and perforated with 34,16% cases.

Three cases of pre-pyloric ulcers were included on this work.

In 67,39% of the cases, the superselective vagotomy surgery was the most used technique for the clinical untreatment. Between 8 patients with perforated 16 (57,14%) had success and cure of ulcer, being the superselective vagotomy surgery the most used. The low index of bleeding and estenose in the sample, did not make possible observe what kind of surgery is more used in the cases.

Lind s staple the gastric back in 24 cases (29,26%) as a surgery procedure associated to the duodenal ulcer treatment.

The immediate pos-surgery complications happened in 13,43% of the cases, with more frequency of wall infections on 3,65% cases as local complications and 4,87% cases as general complications of lungs infection.

VII-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSEN, D. et all - The Aarhus count vagotomy trial trends in the problem of recurrent ulcer after parietal cell vagotomy and selective gastric vagotomy with drainage. World J. Surg., 6:86-92, 1982.
2. ALEXANDER WILLIAMS, J.- How to be an adequate vagotomist. Surgery, 75:308-311, 1974.
3. BARROSO, F. L. et all- A vagotomia superseletiva no tratamento da úlcera duodenal complicada. J. Bras. Med., 41:67-78, 1981.
4. BARROSO, F. L. et all- Vagotomia superseletiva- Conceituação atual e experiência com 343 casos. Rev. Ass. Med. Bras., 24:345-354, 1978.
5. BARROSO, F. L. et all- Estudo da desnervação esofágica determinada pela vagotomia superseletiva. Rev. Hosp. Clin. Med. São Paulo, 36:284-291, 1981.
6. BECKER, J. M. et all- Proximal gastric vagotomy and mucosal antrectomy: a possible approach to duodenal ulcer. Surgery, 94:58-64, 1983.
7. BLALOCK, Jr., J. B- History and evolution of peptic ulcer surgery. Am. J. Surg., 141:317-322, 1981.
8. CASTRO, L. P. et all- Vagotomia superseletiva- Efeitos sobre a secreção e o esvaziamento gástrico. Rev. Ass. Med. Bras., 23:112-116, 1977.

9. CASTRO, L. P. & NOGUEIRA, C. E. D.- úlcera péptica gastroduodenal. In: Gastroenterologia Clínica, 1ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. p.180-238.
10. CENEVIVA, R.- Gastrectomia segmentar associada à vagotomia superseletiva no tratamento das úlceras duodenais. Rev. Ass. Med. Bras., 24:301-302, 1978.
11. CHACON, J. P. et all- Vagotomia superseletiva. Aspectos clínicos, radiológicos e endoscópicos. An. Paul. Med. Cir., 107:01-23, 1980.
12. CHAVES, C. P.- Vagotomia superseletiva no tratamento da úlcera duodenal. Tese. U.F.R.J., Rio de Janeiro, 1977.
13. CHAVES, C: P. et all- Distribuição anatômica dos nervos vagos no estômago e sua importância na vagotomia superseletiva. Rev. Col. Bras. Cir., 5:213-224, 1978.
14. CHELLAPPA, M.- Early results of proximal gastric vagotomy in perforated duodenal ulcer. Int. Surg., 68:227-229, 1983.
15. CHRISTIANSEN, J. et all- Prospective controlled vagotomy trial for duodenal ulcer. Ann. Surg., 193:49-55, 1981.
16. CIVIDANES, J. P.- Vagotomia superseletiva: detalhes sobre a técnica e resultados iniciais em 63 casos; comportamento da secreção clorídrica pré e pós-operatória. Rev. Paul. Med., 94:54-59, 1979.
17. COOK, D.- Ulcer primary cause, diagnosis, treatment, prevention. Chicago. Illinois, Ed. Medical Center Foundation, 1946.

18. DORRICOT, N. J. et al.- Prospective randomized multicentric trial of proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and antrectomy for chronic duodenal ulcer: interim results. Br. J. Surg., 65:152-154, 1978.
19. DUNN, D. C.- An evaluation of highly selective vagotomy in the treatment of chronic duodenal ulcer. Surg. Gynec. Obstet., 150:845-849, 1980.
20. ESSELSTYN, Jr., C. B.- Tratamento cirúrgico da úlcera duodenal ativamente sangrante. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1386-1394, 1976.
21. GAMA-RODRIGUES, J. J. et al.- úlcera duodenal com redução do calibre do duodeno. Tratamento exclusivamente pela vagotomia gástrica proximal - resultados. Rev. Ass. Med. Bras., 29:119-122, 1983.
22. GROSSMAN, M. I.- úlcera Péptica. In: Tratado de Medicina Interna. 16ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1984. p.643-661.
23. GUINDANI, M. & PELIZZARI, E.- Vagotomie suprasélective: importance d'une denervation étendue de l'esophage. Ann. Chir., 37:312-315, 1983.
24. HERMANN, R. E.- úlcera duodenal estenosante. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1403-1420, 1976.
25. HERRINGTON, Jr., J. L.- Vagotomia troncular com antrectomia. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1335-1348, 1976.
26. HOERR, S. O.- Revisão e avaliação das técnicas operatórias usadas para úlcera duodenal crônica. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1289-1296, 1976.

27. ISSA, J. & COELHO, H. S. M.- úlcera péptica (contra-indicações ao tratamento cirúrgico. Aspectos sociais e psicológicos). J. Bras. Med., 10-20, 1977.
28. JOHNSON, H. D.- Etiology and classification of gastric ulcers. Gastroenterology, 33:121-123, 1957.
29. JOHNSTON, D. & GOLINGHER, J. C.- Vagotomia superseletiva, seletiva ou troncular? Em 1976- Uma avaliação clínica. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1313-1334, 1976.
30. JOHNSTON, D. & BLACKETT, R. L.- A new look at selective vagotomies. Am. J. Surg., 156:416-427, 1988.
31. JOHNSTON, D. & WILKINSON, A. R.- Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br. J. Surg., 57:289-295, 1970.
32. JOHNSTON, D.- Highly selective vagotomy. Gut, 15:748-757, 1974.
33. KIRKPATRICK, J. R. & BOUWMAN, D. L.- A logical solution to the perforated ulcer controversy. Surg. Gynec. Obstet., 150:683-689, 1980.
34. KNIGHT, C. D. et al- Proximal gastric vagotomy- Update. Ann. Surg., 197:22-26, 1983.
35. LEONARDI, L. S. et al- Vagotomia gástrica proximal no tratamento da úlcera duodenal perfurada. Rev. Paul. Med., 93:104-107, 1979.
36. LEONARDI, L. S. et al- O emprego da vagotomia gástrica proximal na cirurgia da úlcera duodenal estenosante. Rev. Ass. Med. Bras., 27:31-34, 1981.

37. LEONARDI, L. S. et all- úlcera gástroduodenal perfurada- resultados imediatos. Rev. Col. Bras. Cir., 13:195-200, 1986.
38. MacKAY, C.- Perforated peptic ulcer in the West of Scotland: a survery of 5.343 cases during 1954-63. Br. J. Surg., 1:701-705, 1966.
39. MAIA, A. M. et all- Vagotomia superseletiva no tratamento da úlcera duodenal perfurada. Rev. Bras. Cir., 73:207-210, 1983.
40. MELLO, J. B. et all- Resultados das vagotomias. Rev. Ass. Med. Bras., 28:151-156, 1982.
41. MELLO, J. B. et all- Vagotomia gástrica proximal- Avaliação dos resultados a médio prazo. Rev. Col Bras. Cir., 8:123-126, 1981.
42. MULHOLLAND, M. W. & DEBAS, H. T.- úlceras duodenais e gástricas crônicas. Clin. Cir Am. Norte., 67:513-531, 1987.
43. NOGUEIRA, C. E. D. et all- Vagotomia superseletiva. Indicações técnicas e resultados iniciais. Rev. Ass. Med. Bras., 21:309-311, 1975.
44. PERROTA, U.- úlcera péptica perfurada (etiopatogenia, diagnóstico e tratamento). J. Bras. Med., 105-129, 1973.
45. PLAYFORTH, M. J. & MCMAHOM, M. J.- The indications for simple closure of perforated duodenal ulcer. Br. J. Surg., 65:699-701, 1978.

46. POSTLETHWAIT, R. W.- Five years follow up results of operations for duodenal ulcer. Surg. Gynec. Obstet., 128:481-488, 1969.
47. RAHAL, F. & PEREIRA, V.- úlcera duodenal- Estado atual do tratamento cirúrgico. Rev. Col Bras. Cir., 11:172-174, 1984.
48. RODRIGUES, J. J. G. et all- A vagotomia gástrica proximal no tratamento da úlcera duodenal- Avaliação de resultados. Rev. Col Bras. Cir., 7:171-180, 1980.
49. SILVA, L. F. et all- Avaliação dos efeitos da vagotomia sobre a mucosa gástrica. Folha Médica, 72:483-487, 1976.
50. SIQUEIRA, J. T.- Tratamento cirúrgico da úlcera péptica gastroduodenal. Rev. Ass. Med. Bras., 23:205-208, 1977.
51. STEIGER, E. & COOPERMAN, A. M.- Considerações sobre o tratamento das úlceras pépticas perfuradas. Clin. Cir. Am. Norte, 56:1395-1402, 1976.
52. STOODARD, C. J. et all- Highly selective vagotomy ou truncal vagotomy an pyloroplasty for chronic duodenal ulceration: a randomized prospective clinical study. Br. J. Surg. 65:793-796, 1978.
53. VAL, M. N. et all- úlcera péptica complicada. ARS CVRANDI, 91-96, 1984.
54. ZATERCA, S.- Tratamento da úlcera péptica: novas drogas ou drogas antigas com nova roupagem? Rev. Ass. Med. Bras., 30:144-147, 1984.

II-AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao professor Wilmar de Atheyde Gerent pela orientação prestada e ao professor Lúcio José Botelho pela posição sempre presente na orientação estatística do trabalho.

A amiga Margibel Adriana de Oliveira que nos proporcionou o apoio da informática na confecção do presente trabalho.

Ao professor Carlos Alberto Justo e Silva por ter colaborado na aquisição da literatura.

**TCC
UFSC
CC
0086**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0086

Autor: Wendhausen, Artur

Título: Úlcera duodenal : aspectos cirú



972815722

Ac. 252920

Ex.1 UFSC BSCCSM